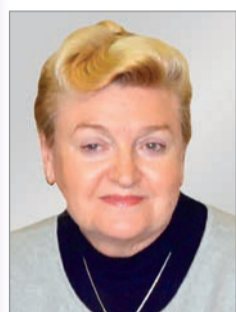




## Ефективність терапії хвороби сухого ока в рамках сучасних міжнародних настанов

**17 жовтня в Києві відбулася науково-практична конференція «Ефективність терапії патології сухого ока в рамках сучасних міжнародних настанов», у ході якої було розглянуто широке коло питань, що стосуються лікування хвороби сухого ока (ХСО).**

Доповіді учасників заходу очікувано були присвячені одній темі – найважливішим аспектам ведення пацієнтів із ХСО, яка сьогодні вважається однією з ключових медичних проблем сучасної цивілізації.



**Завідувач відділу патології рогівки ДУ «Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України» (м. Одеса), доктор медичних наук, професор Г.І. Дрожжина** у своїй доповіді представила детальну характеристику патогенетичних аспектів

ХСО, наголосивши на їх значенні для вибору оптимальної терапії.

Механізм оновлення прерогівкової слізної плівки (СП) являє собою своєрідний цикл. Втрата СР унаслідок її відтоку та випаровування призводить до витончення СП і формування локальних розривів. Ці зміни стимулюють слъозопродукцію та кліпальні рухи повік, що дозволяє відновити об'єм та цілісність прерогівкової СП. Однак зміни ліпідного компонента СП, наприклад при дисфункції мейбомієвих залоз, зумовлюють порушенням стабільності СП і розвиток симптомів ХСО. Дисбаланс ліпідних фракцій СП у пацієнтів із ХСО було підтверджено методами ядерно-магнітного резонансу, інфрачервоної спектроскопії та тонкошарової хроматографії (Nichols K. et al., 2011; Borchman D., 2012).

Гомеостаз СП забезпечується завдяки роботі функціонального слізного комплексу, який включає поверхню ока (ПО), її секреторні додатки та відповідну іннервацію. На ПО функціонує низка різних сенсорних рецепторів, зокрема механорецепторів, полімодальних ноціцепторів, холодних терморецепторів. Важливу роль у підтримання здоров'я епітелію рогівки та кон'юнктиви відіграють вегетативні та сенсорні нервові волокна. Їх пошкодження може бути спричинене розвитком нейрогенного запалення. Зв'язок між імунною та нервовою системами забезпечують цитокіни та нейромедіатори, які продукуються епітелієм ПО, слізними залозами та нервовими закінченнями. У разі запалення ці медіатори активують імунні клітини і виступають тригерами рефлексу слъозотечі та дискомфорту в оці.

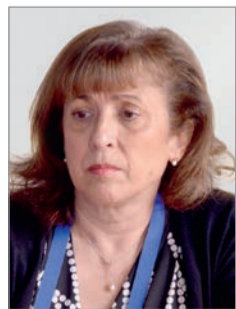
У здорових людей окисний і висушувальний стрес спричиняє активацію слъозопродукції та посилення місцевого захисту шляхом збільшення секреції слизу й активації нервових закінчень у рогівці та кон'юнктиві. У разі патологічних станів ПО відбуваються виснаження нервових волокон, розвиток нейрогенного запалення та індукція парадоксальної слъозотечі. Слід зауважити, що склад слъози здорової людини та пацієнта з ХСО відрізняється: в слізній рідині останніх міститься менше білків, факторів росту, розчинних муцинів, однак більше прозапальних цитокінів, активованих протеаз, електролітів.

З-поміж підвидів ХСО виокремлюють ятрогенне сухе око, що може бути спричинене впливом місцевих і системних препаратів, носінням контактних лінз, косметичною та функціональною хірургією

повік, рефракційними хірургічними втручаннями, кератопластиком, катарактальними операціями, ін'єкціями ботулінотоксину. Загалом будь-яке офтальмологічне хірургічне втручання може призвести до ХСО, тому в план передопераційного обстеження обов'язково мають входити визначення часу розриву СП, тест Шірмера, фарбування рогівки флуоресцеїном. Недіагностована вчасно ХСО погіршує прогноз операції, натомість інстиляції слъозозамінників після втручання, навпаки, дають можливість знизити вираженість запалення в тканинах ока.

У ході діагностики ХСО необхідно встановити причинні та додаткові фактори розвитку хвороби, виключити позаочні патологічні стани (дерматологічні, ревматологічні, ендокринні тощо), оцінити симптоми, гостроту зору, стабільність СП, осмолярність СР, слъозопродукцію, стан країв повік, запалення ПО. У ролі діагностичних критеріїв ХСО використовують сукупність симптомів та ознак хвороби. Так, типові симптоми включають відчуття стороннього тіла в оці, почервоніння кон'юнктиви, свербіння, біль, підвищене виділення слизу, слъозотечу, зоровий дискомфорт, швидку втомлюваність очей, підвищену чутливість до світла. Об'єктивні ознаки ХСО можна виявити при проведенні тесту Шірмера, визначенні часу розриву СП, фарбуванні рогівки флуоресцеїном, бенгальським рожевим чи ліссаїновим зеленим, утім, діагностичний тест, який міг би вважатися золотим стандартом, наразі відсутній.

Основними методами лікування ХСО виступають зволоження ока, усунення дисфункції мейбомієвих залоз, протизапальна терапія, стимуляція регенерації епітелію та кон'юнктиви, нормалізація імунного статусу організму в цілому та органа зору зокрема. Сучасний терапевтичний алгоритм передбачає ступінчастий підхід, при якому перехід на наступний етап має здійснюватися в разі неефективності попереднього лікування впродовж 1-3 міс. Незалежно від тяжкості ХСО завданнями лікування є покращення стабільності СП, зниження окисного стресу й пошкодження ПО, мінімізація запалення й усунення гіперосмолярності. Таким чином, базисними терапевтичними засобами в лікуванні ХСО виступають слъозозамінники, антиоксиданти, осмопротектори та протизапальні препарати.



Темою виступу професора офтальмології **Margarita Calonge (Інститут прикладної офтальмобіології Університету м. Вальядолід, Іспанія)** став сучасний підхід до протизапального лікування ХСО.

Патогенетичне лікування ХСО передбачає протизапальну й імуномодулюючу терапію. Функцію протидії запаленню виконують топічні кортикостероїди (КС), пероральні тетрацикліни та топічний або пероральний азитроміцин. Щодо імуномодулюючих засобів, в більшості країн для лікування ХСО схвалений топічний циклоспорин А (ЦсА). Топічний такролімус

на сьогодні недоступний, а ліфітеграст схвалений лише в США.

Топічний ЦсА доступний практично у всіх європейських країнах. Доказова база, яка ґрунтується на дослідженнях SANSIKA та SICCANOVE, переконливо доводить потужну протизапальну дію 0,1% катіонної емульсії (КЕ) ЦсА при помірній тяжкості та тяжкій ХСО. Показано, що ЦсА знижує вираженість запалення ПО та тяжкість поверхневого точкового кератиту, забезпечуючи в деяких пацієнтів повне одужання. Затвердженням Європейським агентством з лікарських засобів (European Medicines Agency – EMA) показанням до застосування ЦсА є тяжкий кератит у контексті ХСО. У реальній практиці в офтальмологів є 30-річний досвід застосування ЦсА для зупинки прогресування сухого ока.

Розпочинати лікування ЦсА треба на другому етапі терапевтичного алгоритму ХСО, тобто в тих випадках, коли корекція довкілля та способу життя, застосування слъозозамінників і гігієна повік не змогли забезпечити бажаного результату. Призначення ЦсА є доцільним при будь-якому типі ХСО з тривалим перебігом (>6-12 міс). ЦсА також показаний при ХСО після рефракційної хірургії для лікування ятрогенної ХСО. Допоміжні заходи для покращення переносимості ЦсА включають продовження інстиляцій штучних сліз, гігієну повік, короткотривалі курси топічних КС. Слід пам'ятати про ятрогенну глаукому, зумовлену останніми, і ніколи не призначати КС (особливо дексаметазон) на тривалий час. Після призначення стероїдних засобів доцільно провести контроль внутрішньоочного тиску (ВОТ).

Згідно із сучасним підходом до лікування імунозапальних уражень ока необхідно одночасно розпочати застосування імуномодулятора (ЦсА) та КС; далі – зменшити дози та відмінити гормональний засіб, а лікування ЦсА продовжити на тривалий час (щонайменше 6 міс). Якщо невідомо, яка в пацієнта переносимість ЦсА, або якщо вона, ймовірно, низька, має сенс розпочати лікування з топічних стероїдів, а приблизно через 2 тиж додати ЦсА.

Важливо провести з пацієнтом бесіду, пояснивши, що ЦсА є лікарським протизапальним та імуномодулюючим засобом, а не звичайним лубрикантом, тому він потребує тривалого застосування. Одночасно з використанням ЦсА треба продовжувати інстиляції безконсервантних штучних сліз, причому виконувати їх потрібно за 15-30 хв до або після використання ЦсА. Для топічних гелів та мазей інтервал має бути ще більшим – у межах 30-60 хвилин.

У разі відсутності ефекту від застосування ЦсА впродовж 6-12 місяців слід перевірити прихильність пацієнта до лікування та виключити такі діагнози, як атопічний дерматит чи інфекційний процес (наприклад, хламідійної етіології).



На прикладі клінічних випадків доцент кафедри офтальмології **Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ)**, кандидат медичних наук **І.В. Деряпа** розповіла про застосування препаратів ЦсА в Україні.

*Клінічний випадок № 1.* Жінка, яка перенесла 8 епізодів герпетичного кератиту. Після повного курсу лікування ацикловіром

